

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 112

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE

des

ABCÈS AMIBIENS

du

LOBE GAUCHE du FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Juin 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean DURAND

Interne des Hôpitaux de Grenoble

né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône) le 10 Mars 1894



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ABCES AMIBIENS DU LOBE GAUCHE
DU FOIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 112

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE

des

ABCÈS AMIBIENS

du

LOBE GAUCHE du FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Juin 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean DURAND

Interne des Hôpitaux de Grenoble

né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône) le 10 Mars 1894



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ
 MM. J. LEPINE.
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.	N.-JOSSEAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	VILLARD
Thérapeutique.	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SAKVNAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TIXIER, président, M. PATEL, assesseur
 MM. LERICHE et COTTE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME, A MA FILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Nous le remercions du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en présidant le Jury de notre thèse et nous lui adressons l'hommage de notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a donné le sujet de cette thèse et qui n'a cessé de nous témoigner sa bienveillance et de nous aider de ses conseils. Nous sommes heureux de lui exprimer ici notre respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

Hommages respectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE LYON ET DE GRENOBLE

MM. FROMENT, LYONNET.

MM. BARBIER, BOSQUETTE (*in memoriam*)
CIBERT, CORNELOUP, DÉTOURBET,
GIRARD, TRAVERSIER, SALVA, SAPPEY

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ABCES AMIBIENS DU LOBE GAUCHE DU FOIE

INTRODUCTION

On confond habituellement dans une même description clinique tous les abcès du foie et l'on ne signale les abcès du lobe gauche que pour établir leur fréquence relative et mentionner les particularités de leur migration.

Ils présentent cependant une physionomie clinique qui leur est particulière et leur évolution anatomique est elle-même marquée de complications qui achèvent d'imprimer aux abcès du lobe gauche leur individualité.

Notre travail a pour point de départ une observation de M. le Professeur agrégé, Paul Bonnet. Un homme fut amené d'urgence à l'infirmérie de porte de l'Hôtel-Dieu, présentant le syndrome typique de la perforation d'ulcus. Malgré la notion d'une dysenterie ancienne, les signes étaient tels qu'on ne pouvait se résoudre à porter le diagnostic d'abcès du lobe gauche qui entraînait en discussion. Un examen minutieux et méthodique, pratiqué dans le but d'arriver à départager les deux diagnostics ne permit pas jusqu'à l'opération, de lever l'hésitation.

Un petit abcès central dans le lobe gauche libre d'adhérences, était la cause de ce syndrome « dramatique » suivant l'expression devenue classique.

Cette observation rappelait à M. le Professeur agrégé Bonnet, celles que le Professeur agrégé Murard avait résumées, dans la thèse de Dumont, et le chapitre qu'il y consacrait à faire ressortir la physionomie clinique particulière aux abcès du lobe gauche, « abcès relativement « fréquents, qui peuvent être facilement méconnus et pro-
« duire, lorsqu'ils ne sont pas chirurgicalement traités
« d'une façon précoce, non seulement les complications
« ordinaires des abcès du lobe droit, mais encore effectuer,
« grâce à leur position anatomique spéciale, certaines mi-
« grations grosses de conséquences ».

Sur son conseil nous avons recherché et réuni dans cette thèse un certain nombre d'abcès du lobe gauche, dans le but d'en dégager les éléments d'une étude d'ensemble, et de mettre en vedette les points particuliers de leur évolution anatomique et clinique.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie et Pathogénie.

Le point de départ étant la plaie intestinale et la transmission se faisant par l'intermédiaire de la veine Porte, comment se fera la répartition des abcès dans les divers lobes du foie ?

Les abcès du lobe gauche sont cinq fois moins fréquents que les abcès du lobe droit ; il n'est pas sans intérêt de montrer à ce point de vue la concordance des statistiques.

Rouis	20 0/0	lobe gauche
Dutroulau	18 0/0	»
Légrand (1908)	80 0/0	lobe droit
Okinchevitch (1910)	20 0/0	lobe gauche
Sambuc (1913)	20 0/0	»
Hartmann Keppel (1923)	27 0/0	»

Certains auteurs ont essayé d'expliquer ce pourcentage, Glénard émit la théorie de l'indépendance fonctionnelle et anatomique des lobes du foie. Sérégé pour la démontrer injecta de l'encre de chine dans une veine d'origine de la mésentérique supérieure et constata que les particules colorées passaient dans le lobe droit. Si l'injection

était faite dans la veine splénique, la matière colorante se retrouvait dans le lobe gauche. Ces notions sont intéressantes. Elles prouveraient qu'il existe deux courants sanguins dans la veine Porte. Le premier continuerait la veine grande mésentérique et apporterait, au lobe droit du foie, du sang venant de l'intestin grêle, du cœcum, des côlons ascendant et transverse. Le deuxième apporterait au lobe gauche, le sang de la petite mésentérique et de la splénique, c'est-à-dire venant surtout de la moitié gauche du gros intestin. Cette opinion qui aurait une grande importance pour expliquer le fort pourcentage des abcès du lobe droit ne garde toute sa valeur que pour les abcès d'origine appendiculaire. Même à ce point de vue elle n'est pas absolument vraie car il existe quelques observations d'abcès du lobe gauche reconnaissant l'appendicite comme étiologie.

Pour les abcès amibiens elle est de moins grande importance puisque les ulcérations dysentériques se trouvent sur tout le gros intestin. Nous devons nous arrêter enfin sur le facteur « alcoolisme » retrouvé si souvent dans les antécédents des malades atteints d'abcès du foie. Ce serait là une des causes de la plus grande réceptivité du lobe droit qui est toujours plus lésé, que le gauche par l'alcool.

Sans plus chercher pour expliquer la localisation des abcès des causes prédisposantes discutables, on peut admettre comme logique la proportion de 18 à 20 0/0 des cas atteignant le lobe gauche, puisque le poids du foie étant en moyenne 1.500 gr., celui du lobe gauche est de 300 gr., c'est-à-dire 20 0/0 du poids total (mensurations de Charpy).

CHAPITRE II

Particularités anatomiques des abcès du lobe gauche.

Les abcès amibiens du lobe gauche du foie présentent, par rapport au parenchyme hépatique, les mêmes caractères que les abcès du lobe droit, avec lesquels il peuvent d'ailleurs coexister. Mais ils empruntent aux particularités anatomiques du lobe lui-même et à ses rapports des caractères spéciaux.

Au lobe droit volumineux, massif, peu mobile, s'oppose le lobe gauche 4 ou 5 fois plus petit, effilé, relativement beaucoup plus mobile.

Tandis que le lobe droit est tout entier masqué sous la cage thoracique, dans une loge sous-diaphragmatique, qu'il comble à lui seul, n'ayant de rapports abdominaux que par sa face inférieure, le lobe gauche déborde le rebord costal et se trouve situé dans une loge sous-phrénique plus complexe, noyé au milieu d'autres organes qui l'éloignent du dôme diaphragmatique et en font un organe surtout abdominal.

Sans entrer dans des détails d'anatomie descriptive nous pouvons dire que le lobe gauche se présente au point de vue chirurgical de la façon suivante :

Sa face convexe est en rapport :

en avant avec la paroi abdominale où les abcès viennent se faire jour sous le rebord costal, à gauche du ligament suspenseur ;

en arrière avec le centre phrénique du diaphragme qui le met en rapport avec le péricarde, rapport essentiel et particulier au lobe gauche. Quant aux rapports avec la plèvre et le poumon ils sont réduits à une surface minime.

Sa face concave est en rapport avec l'estomac qui marque sur le lobe l'empreinte gastrique.

Sa face droite s'appuie au lobe droit.

Son bord libre enfin pénètre à gauche dans la loge splénique.

Ce sont ces rapports qui impriment aux abcès du lobe gauche les variétés de migration qui lui sont propres et justifient la description que nous tentons de leur individualité.

Abandonnés à leur évolution spontanée, les abcès du lobe gauche tendent à se faire jour à la faveur d'adhérences :

à la paroi abdominale, à l'épigastre sous le rebord costal gauche. Cette migration n'est pas la plus commune et souvent le malade succombe à d'autres accidents de migration avant que le pus se soit fait jour vers la paroi.

dans l'estomac, migration la plus habituelle ; la soudure de la face concave du lobe gauche à l'estomac est alors intime. La perforation est le plus souvent unique

et parfois très large : « L'orifice de communication entre la cavité stomacale et la poche de l'abcès mesurait 6 cm dans l'observation de Rivet. Les bords étaient ramollis, déchiquetés, adhérents par une soudure qui ne permettait plus de distinguer ce qui était foie, de ce qui était estomac. »

Cette évolution de l'abcès vers l'estomac s'observerait d'après les médecins anglais dans 3,5 0/0 des cas d'abcès du foie en général. La littérature médicale rapporte une dizaine d'observations non vérifiées à l'autopsie et l'on cite l'observation de Fontan que nous reproduisons (obs. I), comme une observation clinique de guérison à la suite de l'ouverture probable de l'abcès dans la cavité stomacale;

dans le péricarde. Cette complication redoutable est spéciale aux abcès du lobe gauche et les cas sont tout à fait exceptionnels où un abcès du lobe droit, voisin du ligament suspenseur est venu s'ouvrir dans le péricarde (obs. de Cotte).

Cette migration est heureusement rare. Bertrand et Fontan rapportaient 13 cas d'abcès du lobe gauche ouverts dans le péricarde, Chevalier en cite 1 et Corolleur dans les *Archives de Médecine navale* de décembre 1908, en publie 3 observations nouvelles que nous reproduisons plus loin.

Cette complication ne semble pas d'ailleurs immédiatement mortelle. On a trouvé dans le péricarde des quantités considérables de pus, le péricarde lui-même a été trouvé tapissé de fausses membranes, ce qui laisserait penser que l'irruption de l'abcès hépatique datait de quelques jours, ce qui peut s'expliquer par la septicité relative

vement faible du pus d'un grand nombre d'abcès ambiens du foie;

dans la loge splénique ou plutôt gastro-spléno-diaphragmatique, de façon plus exceptionnelle. La rate peut baigner dans le pus sans être atteinte elle-même par la suppuration (obs. X).

On a pensé même que le pus peut se faire jour vers la rate par voie sous-péritonéale à la faveur du repli hépatosplénique entre les deux feuillets duquel le pus cheminerait pour venir se collecter au contact même de la rate, sous le péritoine splénique se créant une loge aux dépens du tissu splénique détruit par la suppuration;

dans la plèvre et le poumon gauche, de façon tout à fait exceptionnelle, ce qui s'explique par les rapports extrêmement limités avec ces organes.

Il semble d'ailleurs qu'en raison de leur symptomatologie souvent bruyante, les abcès du lobe gauche se présentent au chirurgien à une phase où la capsule de Glisson n'a pas encore eu le temps d'édifier des adhérences, et, plus souvent que le lobe droit, le lobe gauche contenant l'abcès est libre en plein péritoine.

L'abcès peut donc s'ouvrir en plein péritoine et nous verrons que dans la thérapeutique des abcès centraux, le lobe gauche étant libre d'adhérences, le cloisonnement de l'abcès présente plus de difficultés et plus d'importance que dans les abcès du lobe droit.

CHAPITRE III

Particularités cliniques des abcès du lobe gauche.

a) FORME HABITUELLE.

Les abcès du lobe gauche peuvent se présenter dans les conditions d'étiologie et de milieu et entourés du cortège de phénomènes généraux qui font soupçonner la présence d'un abcès du foie. Le diagnostic est alors facile. La question de localisation passe au second plan et l'on ne songe pas toujours à noter les particularités qui pourraient faire penser à un abcès du lobe gauche. On attend que les signes de localisation soient manifestes et viennent guider le mode de l'intervention.

Et cependant, même dans ces cas, les caractères de la douleur et certains symptômes sont susceptibles d'orienter le diagnostic de localisation.

La douleur.

Tandis que, dans les abcès du lobe droit, la douleur est un point de côté, dit point de côté hépatique, un sentiment de pesanteur persistante, à siège thoracique, au niveau des espaces intercostaux, accrue dans les mouve-

ments d'inspiration profonde, irradiée à l'épaule droite, la douleur, dans les abcès du lobe gauche, est une *douleur vive, à siège épigastrique central, parfois irradiée en ceinture ou vers l'épaule gauche.*

Les caractères de cette douleur, si l'on en méconnaît la valeur symptomatique, sont plutôt susceptibles d'égarer le diagnostic que de le confirmer.

« On rencontre aussi diverses autres douleurs, mais plus rares, plus irrégulières et plutôt susceptibles d'égarer le diagnostic que de le confirmer. C'est ainsi qu'on en a signalé à l'épigastre; entre les deux épaules, etc... » (Faure et Labey.)

Les troubles gastriques.

Les troubles digestifs peuvent exister dans les abcès du lobe droit, mais ils revêtent rarement la symptomatologie gastrique si fréquente dans les abcès du lobe gauche.

« Tantôt, ce sont des signes de catarrhe gastrique chronique ou tout au moins subaigu; plus rarement, des accès de gastralgie véritable qui font croire presque nécessairement à une affection de l'estomac... » « Les vomissements paraissent surtout fréquents quand les lésions s'approchent de l'estomac. » (Rendu.)

Budd raconte l'histoire d'un marin qui avait des vomissements incoercibles. Il fit le diagnostic de gastrite chronique. Les aliments étaient rejetés immédiatement après leur ingestion; la douleur siégeait à l'épigastre, au lieu d'élection des douleurs stomacales. Or, à l'autopsie, l'estomac fut trouvé sain, mais il existait un abcès du foie qui n'avait pas été soupçonné.

Les réactions pleurales du côté gauche.

Nous avons dit la rareté de la migration vers la plèvre des abcès du lobe gauche. Cependant, les réactions pleurales sont fréquentes; elles se font sans doute par voie lymphatique et peuvent attirer l'attention à une phase précoce de l'abcès.

Dans une observation de Loison, les signes de pleurésie gauche retinrent seuls l'attention; la pleurotomie donna issue à du liquide louche. D'autres complications survinrent et l'autopsie montra que le malade était porteur d'abcès multiples du foie, dont un du lobe gauche. Ce dernier était la cause de la pleurésie gauche par voisinage; il n'existait pas de communication à travers le diaphragme.

A une phase plus avancée de l'évolution, l'apparition de la température vient localiser l'abcès. Celui-ci, mis à part les cas d'ailleurs plus fréquents où une complication vient modifier l'allure clinique, tend à se faire jour à l'épigastre. L'œdème à la pression du doigt sur le rebord costal du côté gauche, puis l'apparition d'une tuméfaction à l'épigastre, sous les fausses côtes gauches, parfois circonscrite et mobile avec les mouvements respiratoires, de consistance ferme, douloureuse à la palpation, permettent de localiser l'abcès du lobe gauche. Plus tard, c'est une voussure véritable qui soulève le rebord thoracique gauche, masque la sonorité de l'espace de Traube, forme une masse douloureuse, dure, œdémateuse à la périphérie, franchement fluctuante au point le plus saillant. Elle appelle le bistouri.

Mais ce n'est pas cette forme, la plus fréquente sans doute, qui individualise l'abcès du lobe gauche. La ques-

tion de localisation passe au second plan, dans un syndrome clinique qui retient l'attention sur une suppuration profonde, dont on surveille l'évolution.

Il existe, à côté de cette forme, que nous avons appelée habituelle, des formes cliniques très spéciales.

Les unes empruntent leur symptomatologie à la complication: ouverture dans le péricarde, ouverture dans l'estomac. Une autre, et plus intéressante, qui est le point de départ de notre travail, revêt une allure dramatique qui mérite d'être connue, d'autant qu'elle peut être observée avec des abcès de petit volume enfermés en plein parenchyme hépatique.

b) FORMES CLINIQUES DUES A LA MIGRATION DES ABCÈS DU LOBE GAUCHE.

1° *Migration dans l'estomac.*

OBSERVATION I

(Observation empruntée à Fontan)

F..., lieutenant d'infanterie de marine.

En octobre 1883, sans avoir eu ni dysenterie ni diarrhée, F... commence à éprouver une lassitude générale; l'appétit disparaît, la respiration devient un peu gênée; il existe de la constipation, puis des douleurs abdominales assez vives au niveau du creux épigastrique, mais diffusées aussi dans tout l'abdomen. Trois jours après, à la constipation, succèdent des évacuations alvines fréquentes renfermant des mucosités et du sang.

Après quatre ou cinq jours de cet état, avec légère détente, nouvelle apparition de douleurs très vives et localisées un peu à gauche, dans le creux épigastrique. Le malade cons-

tate à ce niveau la présence d'une petite tumeur dure, résistante, comparable à une rondelle de cuir ou de caoutchouc durci, du diamètre d'une pièce de cinq francs. Il ne peut marcher que le corps plié en deux, et en soutenant avec les deux mains cette tumeur qui est très douloureuse.

Après quinze jours de cet état, l'officier est transporté à Haïphong. A son arrivée, on constate un amaigrissement considérable, la face grippée, une pâleur ictérique très prononcée, une hypertrophie du foie qui déborde des fausses côtes. Trouble des voies digestives, inappétence absolue, dysenterie persistante.

La tumeur a augmenté de volume et on reconnaît la présence d'un abcès siégeant dans le lobe gauche du foie, superficiel et faisant saillie dans la moitié gauche du creux épigastrique. Température: 38°3 le soir, normale le matin.

Repos, pommade belladonnée, larges cataplasmes. Amélioration notable dès le lendemain; la douleur est moins vive. En quelques jours, la tumeur diminue de volume et quinze jours après, elle a presque disparu. On ne constate plus au toucher qu'une petite portion indurée, du volume d'une pièce de un franc.

Embarqué pour être rapatrié, le convalescent est bientôt repris de phénomènes hépatiques graves; la douleur se localise dans le creux épigastrique, mais à 4 centimètres à droite du point où, deux mois auparavant, s'était manifestée la tumeur. A ce point, la collection purulente devient saillante et fluctuante. L'état stomacal est mauvais.

Le 12 janvier, l'abcès est ouvert au bistouri; drainage, pansement phéniqué, suites excellentes.

« Dans cette observation, la disparition presque soudaine d'un abcès très nettement diagnostiqué ne peut s'expliquer que par la migration du pus dans l'estomac. »

2° Migration dans le péricarde.

OBSERVATION II

(Corolleur. *Journal de Chirurgie*, 1909, p. 204)

Abcès du foie ouvert dans le péricarde.

Homme en traitement pour hépatite suppurée, suite de dysenterie, ayant déjà donné lieu à une évacuation de pus par l'intestin. Mort subite.

Autopsie. Cœur couvert comme d'une coque jaunâtre, vil-leuse, purulente, tissu dur, pâle à la coupe. La cavité du péricarde remplie de pus est en communication avec un vaste abcès du lobe gauche, contenant au moins deux litres. Cicatrices d'anciens abcès dans le lobe droit.

OBSERVATION III

(Même origine que la précédente.)

Homme décédé subitement à l'hôpital.

Autopsie. Dès l'ouverture du thorax, on est frappé par la distension considérable du péricarde, dont l'incision laisse écouler un flot de pus jaunâtre mélangé de grumeaux. Les deux feuillets péricardiques sont couverts d'un exsudat jaunâtre. Le péricarde communique largement au niveau du centre phrénique par un orifice de la dimension d'une pièce de cinq francs, à bords déchiquetés, avec un vaste abcès, gros comme une tête de fœtus, occupant tout le lobe gauche du foie. Le lobe droit est normal.

OBSERVATION IV

(Même origine que les deux précédentes.)

Homme entré à l'hôpital avec tous les signes d'un abcès du foie d'origine dysentérique. Néanmoins, des ponctions répétées pratiquées en différents points du foie sont toujours restées « blanches ».

A un certain moment, apparaissent des troubles cardio-pulmonaires, dyspnée, pouls à 120, bruits du cœur sourds, frottements pleuraux aux deux bases, qu'on met sur le compte d'une péricardite au début. Les jours suivants, la matité cardiaque s'étend, les bruits du cœur deviennent de plus en plus sourds. La dyspnée augmente; puis, le malade expectore des crachats sanglants mêlés de pus; l'état général s'aggrave et, finalement, la mort survient.

A l'autopsie, on découvre un abcès du volume d'une orange, occupant le lobe hépatique gauche, et qui s'est ouvert dans le péricarde d'une part, dans le poumon droit de l'autre.

Le péricarde contient, en effet, 250 grammes d'un mélange de pus et de sang chocolat, dans lequel baigne le cœur; il communique par deux tunnels avec l'abcès hépatique; ses deux feuillets sont tomenteux comme une muqueuse gastrique de ruminant et recouverts d'une fausse membrane jaunâtre. Le lobe moyen du poumon droit contient également un abcès qui communique par un long trajet avec la collection hépatique.

Les deux premiers malades sont morts sans que la complication péricardique ait été soupçonnée; chez le dernier, le diagnostic ferme d'abcès du foie n'avait pas été porté, les ponctions exploratrices ayant été négatives, mais on assista à l'apparition de la péricardite: augmentation de la matité cardiaque, assourdissement des bruits du cœur, dyspnée.

Chevalier cite le cas d'un malade qui mourut à la suite de l'irruption du pus d'un abcès du lobe gauche dans le péricarde, malgré que la lésion hépatique ait été traitée chirurgicalement.

3^e Migration dans le colon.

OBSERVATION V

(Boinet, *Marseille médical*, 1892, p. 474)

Ouverture dans le colon d'un abcès du foie faisant saillie à l'épigastre.

Le tirailleur tonkinois n° 286, du poste de Than-Moï, a été atteint de dysenterie, et, depuis trois mois, il est sujet à des accès de fièvre, qui se renouvellent tous les jours, et qui paraissent symptomatiques d'un abcès du foie. Le 16 juillet 1887, il se présente à nous pour la première fois, et il se plaint de vives douleurs lancinantes, ponctives, au niveau de l'épigastre.

A l'examen de cette région, nous trouvons, à droite de la ligne blanche, une tuméfaction nettement limitée, résistante, sans œdème, sans modification de la peau. Cette tumeur a quatre travers de doigt dans son diamètre vertical, son diamètre transversal n'en mesure que trois. Elle commence à deux centimètres environ du bord des fausses côtes. Elle est douloureuse à la pression. La langue est blanche, pâteuse; la fièvre n'existe pas.

Nous faisons entrer immédiatement cet Annamite à l'infirmerie, avec l'intention d'inciser son abcès du foie, en tout point semblable au cas précédent.

A la visite de 4 heures, il éprouve de fortes coliques, qui s'accompagnent de selles abondantes contenant une assez grande quantité de pus. La température reste normale. La tuméfaction épigastrique a beaucoup diminué et, à notre grand étonnement, on n'en retrouve à peine que quelques traces. Le lendemain, la diarrhée persiste, avec les mêmes caractères; la tumeur a complètement disparu; l'abcès s'est évacué par le gros intestin, probablement par le colon transverse. Le faciès est grippé, les yeux cernés, la langue humide, blanche. La température reste normale. L'épigastre reste le siège d'une douleur à la pression; la tumeur n'existe plus. A la pression, le foie ne paraît pas augmenté de volume.

Le surlendemain, la tumeur fluctuante de l'épigastre se reproduit; elle est moins résistante, plus diffuse. Le foie dépasse le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt. Deux jours après, une nouvelle évacuation purulente se fait par l'intestin; la tumeur épigastrique est peu développée. Les jours suivants, elle n'est plus appréciable. Le malade sort de l'infirmerie et revient dans le Delta. Nous n'avons pas pu avoir de nouveaux détails sur l'évolution de son abcès du foie. Tout nous porte à croire qu'elle a été favorable.

Cette observation est à rapprocher de l'observation n° 1, mais ici le pus déversé dans le colon ne subit pas, comme dans le cas de Fontan, une sorte de digestion et fut retrouvé dans les selles rapidement après la disparition de la tuméfaction épigastrique.

4° Migration dans la loge sous-phrénique.

L'observation n° 10, due à Loison, présente un malade atteint de périsplénite suppurée consécutive à un abcès de l'extrémité du lobe gauche. La zone de matité hépatique se confondait sans ligne de démarcation avec la matité splénique. La douleur se continuait le long du rebord costal gauche jusqu'à 6 centimètres de l'appendice xiphoïde. Nous ne reproduisons pas ici, mais à la fin de notre thèse, l'observation de ce malade, car il était porteur de lésions hépatiques multiples et fit des complications ailleurs que vers sa loge splénique, notamment du côté des plèvres gauche et droite.

c) FORME SOUDAINE?

L'abcès du lobe gauche simulant l'ulcère perforé de l'estomac.

Nous reproduisons ici l'observation de M. le Professeur agrégé Paul Bonnet, qui illustre bien cette forme clinique.

OBSERVATION VI

Abcès du lobe gauche du foie, simulant une perforation d'ulcus gastrique. Laparotomie. Ouverture de l'abcès. Guérison.

L... René, 24 ans, plongeur.

Le malade est amené le jeudi 29 juin 1922, à 7 heures du soir, avec le diagnostic de péritonite par perforation, à l'infirmerie de porte, où je fus appelé d'urgence.

Le malade semblait souffrir atrocement. La face pâle, amaigrie, les traits crispés. L'abdomen était de bois, contracturé au dessus de l'ombilic, légèrement dépressible au dessous. Il semblait évident que le malade présentait une perforation d'ulcus gastrique.

Les accidents dataient de trois jours: le lundi 26 juin, le malade, bien qu'il fut de repos, était allé « donner un coup de main à la brasserie ». Il déjeuna à 11 heures. A midi, subitement, il fut pris d'une douleur atroce au creux épigastrique, véritable coup de poignard, et il dut immédiatement s'aliter, en proie à une très vive douleur continue, poignante, localisée à l'épigastre, au voisinage de l'appendice xiphoïde, sans irradiations dans le dos, ni dans l'épaule.

Le lendemain, mardi, survinrent des vomissements qui se répétèrent pendant 2 jours, très abondants, exclusivement bilieux.

Il eut une selle le mardi et une autre insignifiante le jeudi matin, jour de l'entrée à l'hôpital. Quelques gaz furent émis.

La température n'avait pas été prise.

Interrogé sur son passé gastrique, le malade nous apprit que le mois précédent, il avait souffert de troubles digestifs, avec ictère, de pesanteurs à l'épigastre. Il cessa à ce moment son travail pendant trois jours, puis le reprit, complètement guéri, ayant retrouvé l'appétit.

L'existence de troubles digestifs antérieurs, l'histoire des accidents actuels, semblaient confirmer le diagnostic de perforation d'ulcus gastrique. Cependant, j'étais frappé de l'élévation de température à 39°7, de l'abondance des vomissements, et je me demandais s'il n'y avait pas déjà une péritonite cloisonnée sous-diaphragmatique, il n'y avait pourtant pas d'œdème de la paroi.

Mais une autre notion était plus troublante; en fouillant les antécédents du malade, il nous apprit qu'en 1917, dans un séjour qu'il fit en Tunisie, à Mégedine, il eut une dysenterie amibienne. Hospitalisé un mois, il se remit complètement et oublia vite sa dysenterie.

Mais ceci m'obligeait à songer à la possibilité d'un abcès du foie. Il n'était pas possible à cette heure déjà tardive de me rendre compte s'il existait de l'ictère. Mais j'étais en tout cas impressionné par cette longue période de quatre ou cinq années de santé parfaite, au cours de laquelle le malade n'avait jamais ressenti de point de côté.

Pour ces diverses raisons, je décidai de ne pas opérer immédiatement et de revoir le malade au bout de 2 heures.

Revu à 9 heures du soir, le malade fut couché sur le lit de radioscopie, à l'infirmerie de porte, car j'espérais trouver dans la radioscopie un élément de diagnostic.

La radioscopie montra un thorax clair jusqu'aux sinus; le diaphragme était mobile à droite et à gauche. La poche d'air de l'estomac tranchait seule sur une ombre sous-phrénique qui paraissait normale. En somme, aucun renseignement appréciable n'orientait le diagnostic. Peut-être la mobilité du diaphragme était-elle plus en faveur d'un abcès du foie.

C'est dans cette incertitude de diagnostic que devant la pauvreté des symptômes, je décidai d'opérer; les quelques signes complémentaires que nous notons au passage: douleur plus vive sous le rebord chondral gauche; matité de

l'espace de Traube; résistance douloureuse dans la région lombo-iliaque gauche; permettait de délimiter le siège de la réaction péritonéale, mais le diagnostic restait encore hésitant entre: Ulcus perforé de l'estomac avec péritonite cloisonnée de la loge gastro-spléno-diaphragmatique ou même de l'arrière cavité et abcès du foie peut-être rompu.

J'opérai donc à 9 h. $\frac{1}{2}$, avec l'aide de M. Bonafé, interne de garde, avec qui j'avais examiné le malade, et voici le compte rendu de l'opération:

Sous anesthésie générale, on pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale haute. Péritoine libre, pas de pus. Le foie est gros, capitonné, à bords mousses; sa coloration est rouge vif, comme vernie au ripolin. La vésicule est énorme, tendue. En insinuant la main à la face convexe du lobe gauche, sous le diaphragme, on perçoit une induration assez nette; il y a sans doute un abcès. J'agrandis alors par une incision transversale sous-costale, qui me permet de palper le lobe gauche à la fois à la face supérieure et à la face inférieure, en le saisissant entre le pouce et l'index et même entre les deux mains; je m'attendais ce faisant, à préciser les limites de l'abcès, à en percevoir l'induration ou la fluctuation et cependant je ne sens plus rien; le lobe gauche ne paraît pas aussi induré qu'il le semblait au seul palper de sa face supérieure. Il persiste donc un doute. Malgré tout je décide d'explorer davantage.

Le lobe gauche est attiré, la zone qui m'avait paru indurée est circonscrite de compresses qui protègent le péritoine. L'incision médiane est refermée. L'incision transversale suffit à présenter la face convexe du lobe gauche, bien isolée, mais comme l'induration est perçue très haut sous le diaphragme, il faut, pour drainer l'abcès éventuel, sectionner les deux derniers cartilages costaux, pour permettre de relever le rebord thoracique, qui est confié à un aide.

Une ponction est faite au point induré que l'on voit maintenant, à peine surélevé, à peine plus sombre que le reste de la face convexe. Elle ramène dans la seringue environ 5 cmc de liquide sombre, mêlé de sang et de bile, mais ce n'est pas du pus d'abcès. Malgré que la ponction soit négative, je plonge franchement le bistouri au même point et

j'ouvre ainsi un abcès du volume d'un œuf, bourbillonneux, à pus jaunâtre, assez mal collecté. Le doigt qui explore la cavité perçoit des brides (canalicules biliaires ou vaisseaux), qui interdisent de faire plus. Un drain plongeant dans la cavité est amarré au foie. Les compresses qui isolent le foyer sont laissées en place. Injection de 20 centigrammes d'émétine dans l'abcès.

Les jours suivants, injection sous-cutanée d'émétine de 4 et 8 centigrammes pendant 10 jours. Le malade a été soulagé après l'opération de la douleur atroce qu'il avait.

Le malade est alors transporté dans le service du Professeur Tixier. Pendant cinq jours la température reste élevée au-dessus de 39, puis elle tombe au septième jour à la normale où elle se maintient définitivement.

Les mèches de cloisonnement furent retirées progressivement, mais elles avaient contracté avec la capsule de Glisson, de ce foie vernis, des adhérences telles que j'eus des difficultés réelles à les retirer complètement et je dus achever la libération fil par fil.

Le malade quitta le service guéri à la fin de juillet. Il reprit son travail, mais je n'ai pas pu le retrouver pour l'amener aujourd'hui car il a quitté la brasserie il ya un mois.

Cette forme sur laquelle nous appelons l'attention est essentiellement caractérisée par son début soudain, dramatique, en pleine santé, par une

douleur à l'épigastre, douleur atroce, superposable à celle de l'ulcus perforé, accompagnée d'une contracture des muscles de l'abdomen.

A ce tableau clinique correspond un petit abcès central, enkysté, perdu dans un lobe libre d'adhérences et ce n'est pas là le point le moins particulier, car il vient en contradiction avec les affirmations de Rendu: « Si la douleur, de sourde et profonde, devient violente, il faut presque toujours songer à quelque complication du côté des sé-

reuses. Il ne s'agit plus alors d'hépatite, mais de périhépatite et même de pleurésie. »

D'autre part, il ne s'agit pas, malgré l'allure dramatique des symptômes qui l'en rapprochent, de *forme suraiguë de l'abcès du foie*, décrite par Murard dans la thèse de Dumont, qu'il attribue à la nécrose massive, à la gangrène du tissu hépatique.

« Il existe aussi une forme à évolution rapide, aux symptômes généraux et locaux extrêmement marqués, se terminant presque fatalement par la mort. Après un frisson violent et prolongé apparaît brusquement un point de côté très douloureux dans l'hypocondre droit ; en même temps, il y a une fièvre élevée accompagnée d'un mauvais état général. Ce n'est pas comme dans les formes les plus communes de l'hépatite suppurée une fièvre intermittente, subcontinue, où, le plus souvent, rémittente pendant le premier septenaire, puis tombant et reprenant lorsque la suppuration s'établit. C'est, au contraire, et dès le début, une fièvre très élevée, se maintenant, presque en plateau, au voisinage de 40, dont la baisse finale coïncide avec une accélération très notable du pouls à 120 et plus. Presque dès les premiers jours, il y a des symptômes ataxo-adiynamiques avec délire, traduisant l'intoxication massive de l'organisme, ou bien encore un état typhoïde grave, avec tendance au collapsus, s'installe. S'il n'apparaît pas d'augmentation de volume du foie ou de tuméfaction localisée, soit par suite du siège de l'abcès en une région peu accessible, soit par sa forme anatomo-pathologique particulière (forme nécrosique) ; on peut, surtout en pays tempérés et les premiers jours de l'infection, penser à tout autre chose qu'à un abcès du foie ; croire, par exemple,

que l'on a affaire à une cholecystite suppurée, à un ulcère perforé du duodenum ou de l'estomac, à une appendicite, à une péritonite sous-hépatique, ce que peut sembler confirmer la défense de la paroi et l'état général précaire, ou plus simplement une pleurésie purulente ou à une septicémie. »

« Dans ces formes suraiguës, tuant le malade par intoxication, on n'a pas affaire à une collection purulente bien enkystée, séparée du reste du tissu hépatique par une barrière de défenses fibreuses; ce n'est pas l'abcès fibreux de Kelch et de Kiener, l'abcès enkysté dont la septicité s'atténue rapidement, par une sorte d'auto-stérilisation, mais bien plutôt l'abcès phlegmoneux; quelquefois même, une sorte de gangrène du tissu hépatique. Le tissu glandulaire est frappé d'emblée de nécrose et il n'y a point de limitation du processus. »

Dans la forme que nous décrivons, il ne s'agit de rien de tel; l'abcès était collecté, limité et de petit volume.

A quoi attribuer au cours de l'évolution d'un abcès dont il semble que la symptomatologie doive être, au contraire, atténuée, l'aspect dramatique des manifestations?

Il nous paraît difficile de l'établir. Le voisinage du plexus solaire, plexus d'innervation de l'estomac, peut-il être mis en cause? On hésite à le croire, puisqu'il s'agit d'un abcès encore enfermé dans le parenchyme hépatique. Peut-être faut-il attribuer l'intensité de la douleur à ce fait même que l'abcès est central, sous tension, non encore diffusé, à l'intérieur d'un parenchyme hépatique résistant, donc que l'abcès est douloureux à la façon d'un abcès dentaire ou d'un panaris de la pulpe.

Peu importe d'ailleurs la pathogénie de la douleur, c'est sur le syndrome clinique que nous avons désiré surtout appeler l'attention.

Les abcès du lobe gauche peuvent se manifester en pleine santé apparente et de façon soudaine, par une douleur atroce au creux épigastrique, accompagnée de contracture des muscles de l'abdomen, de ventre de bois, simulant à s'y méprendre le tableau de l'ulcus perforé de l'estomac.

Encore les signes qui pourraient servir le diagnostic différentiel: l'élévation de la température, la rapidité du pouls, les vomissements, peuvent-ils être mis, si l'on observe le malade au troisième jour après le début des accidents, sur le compte d'une péritonite cloisonnée, sous-diaphragmatique secondaire à la perforation d'ulcus.

La radiographie, dont nous reparlerons, ne semble pas apporter d'éléments précis de diagnostic.

Cette forme dramatique d'abcès du foie peut être due à un abcès collecté, de petit volume, siégeant dans le lobe gauche.

Peut-être, dans cette forme, abandonnée à son évolution, peut-on observer l'atténuation des symptômes du début et l'apparition secondaire au creux épigastrique d'une tuméfaction. Les observations de Murard et de Cotte, où l'on signale la brusquerie du début et où les malades furent observés tardivement entre le quinzième et le trentième jour, avec une tuméfaction à l'épigastre, semblent le laisser supposer, mais avec tous les aléas d'une complication possible.

CHAPITRE IV

Diagnostic des abcès du lobe gauche.

Le diagnostic des abcès du lobe gauche se présente dans des conditions très différentes :

a) L'abcès évolue avec une allure subaiguë.

L'apparition des phénomènes généraux au déclin d'une dysenterie, la douleur, mettent en éveil sur la possibilité d'un abcès du foie. On en surveille les manifestations, ou les signes de localisation qui viennent préciser le lieu de l'intervention.

Dès le début, les symptômes que nous avons signalés peuvent permettre, si l'on n'en méconnaît pas la valeur, de songer à la localisation de l'abcès dans le lobe gauche: douleur épigastrique souvent intense, importance des troubles gastriques, vomissements surtout, existence à la base gauche de signes de congestion pleuro-pulmonaire ou d'épanchement.

Plus tard, l'apparition d'une tuméfaction à l'épigastre, d'une voussure soulevant le rebord costal gauche, viennent affirmer le siège de l'abcès.

b) Les complications de migration, survenant à une phase où les phénomènes généraux et locaux n'ont pas encore permis de préciser le diagnostic, peuvent prendre le pas dans la symptomatologie, sur les signes de localisation hépatique.

Il en est ainsi des péricardites suppurées secondaires à l'ouverture d'un abcès du lobe gauche, elles accaparent l'attention et l'abcès causal n'est le plus souvent découvert qu'à l'autopsie. (Observation n° 4.)

c) Les manifestations gastriques, en dehors même de l'ouverture de l'abcès dans l'estomac, peuvent retenir toute l'attention.

Béhier, dans une clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1869, expose longuement une erreur de diagnostic qu'il fit à propos d'un malade atteint d'abcès du lobe gauche du foie. Il crut à l'existence d'un néoplasme de l'estomac et ne reconnut son erreur qu'à l'autopsie.

Le sujet, âgé de 55 ans, était très amaigri, « traits nettement exprimés de la cachexie cancéreuse ». Il avait perdu l'appétit et souffrait d'une diarrhée opiniâtre, avec selles parfois sanglantes. Le creux épigastrique était soulevé par une tumeur globuleuse large de quatre à six travers de doigt, superficielle, un peu douloureuse à la pression et donnant à la palpation « la sensation mollasse d'une vessie pleine de saindoux, matte à la percussion superficielle et légère, sonore à la percussion forte et profonde. Le vo-

lume du foie est normal, en aucun point on ne retrouve de saillie marronnée, son bord inférieur est régulier. »

L'évolution fut longue, elle dura plusieurs mois et se termina par la mort. A l'autopsie: estomac intact, abcès du lobe gauche du foie, adhérences à la paroi abdominale; contenu: liquide blanchâtre grumeleux, peu épais, puriforme; l'examen au microscope ne révèle aucune trace d'hydatides.

d) Les manifestations bruyantes, dramatiques même du début : douleur atroce au creux épigastrique, contracture des muscles de l'abdomen peuvent dérouter le diagnostic.

Les observations que nous apportons montrent à quel point *l'abcès du lobe gauche peut simuler l'ulcus perforé de l'estomac*.

L'erreur peut être d'autant plus facile que la dysenterie, peut être de date très ancienne, méconnue du malade lui-même, et oubliée, et que l'urgence d'une indication opératoire, l'état de souffrance du malade, ne laissant pas toujours le loisir d'un interrogatoire minutieux.

Il nous paraît inutile d'entreprendre l'étude d'un diagnostic différentiel qui serait une énumération des nombreuses erreurs de diagnostic commises en présence d'abcès du lobe gauche. Rappelons seulement comme exemple des difficultés qui peuvent se présenter, la remarque de Larrey: « Des mouvements pulsatoires se font quelquefois sentir à la région hépatique..... ils peuvent faire croire à un anévrisme. » C'est ce qui arriva pour le malade de l'observation n° 15, ancien dysentérique, qui présenta subitement des signes d'abcès du foie. Une laparotomie explo-

ratrice permit de constater la présence d'une tumeur dure, pulsatile, siégeant dans l'hypocondre gauche. Le chirurgien fit le diagnostic d'anévrysme de l'aorte abdominale et referma le ventre. Plusieurs mois après, le malade présentant toujours les mêmes signes d'hépatite, on fit une nouvelle intervention et on incisa un énorme abcès typique du lobe gauche du foie, ce qui amena la guérison du malade.

Il n'est pas sans intérêt de savoir quels renseignements sont susceptibles de donner les méthodes de diagnostic habituellement employées : la ponction et la radioscopie.

1°) *La ponction* peut servir à assurer le diagnostic d'abcès du lobe gauche ; mais lorsque on l'emploie, le diagnostic est fait déjà : la tuméfaction bombe à l'épigastre, fluctuante au point culminant d'une voussure qui soulève le rebord thoracique. Elle n'est pas à vrai dire un moyen de diagnostic, mais en quelque sorte une satisfaction que se donne le chirurgien, déjà assuré qu'il existe en ce point une collection suppurée.

Par contre dans les cas où la tuméfaction n'a pas déjà signé le diagnostic, la ponction n'est pas de mise et l'on ne saurait songer à l'employer, dans une région où l'on risque de pénétrer en tout autre lieu que dans le lobe gauche. Elle n'a donc pas, dans les abcès du lobe gauche, la valeur incontestée qu'elle possède dans le diagnostic des abcès du lobe droit, pour lequel le diagnostic du point précis où doit porter l'intervention reste à faire, alors que le diagnostic d'abcès du foie est déjà formellement posé.

2° *La Radioscopie*, par contre, semble, *a priori*, devoir compenser comme méthode de localisation, ce que la ponction a perdu de valeur, lorsqu'il s'agit du lobe gauche, car il semble possible de reconnaître au milieu de l'espace sous diaphragmatique, plus clair de ce côté, l'existence d'une ombre anormale.

Cependant il ne faut pas s'attendre à trouver dans la radioscopie un moyen infaillible de diagnostic. Quelques travaux ont cherché à en établir la valeur. Colaneri dans un article récent du *Journal de Radiologie* résume les renseignements que peuvent nous fournir les rayons X. Il cite notamment quatre signes qui réunis permettent d'affirmer l'abcès du lobe gauche du foie, ce sont :

- 1° la surélévation du dôme diaphragmatique gauche ;
- 2° la bosselure légère, ou voussure de la convexité ;
- 3° la déformation ou voile du sinus gauche ;
- 4° l'abaissement du bord inférieur du foie.

On pourra s'aider pour l'examen de l'insufflation de l'estomac ou de l'absorption d'une potion de Rivière. Heymann dit : « il peut exister sur le cliché négatif une tache claire indiquant l'endroit où siège la tumeur. »

L'étude des mouvements du diaphragme aide aussi au diagnostic. L'immobilité complète n'est qu'un signe de présomption, il faudrait attacher une importance plus grande à l'arrêt de la descente du diaphragme dans l'inspiration au moment précis où le malade se plaint : « c'est le réflexe douloureux qui arrête le muscle ». La bosselure n'a sa vraie signification que s'il y a « persistance de la régularité de la teinte dans l'inspiration ou l'expiration forcée. » La conclusion de M. Colaneri est qu'il est rare que la radioscopie permette seule de poser le diagnostic

ferme, elle n'en reste pas moins un instrument précieux, pour diagnostiquer le siège d'un abcès à évolution thoracique.

Malheureusement la saillie qu'elle soit supérieure ou antérieure est loin d'être un symptôme précoce, elle ne se dessine que quand la collection a pris un volume considérable. C'est ce que Chauffard exprimait en 1908 à l'académie de médecine : « Je crois donc qu'attendre le diagnostic radioscopique doit être moins une indication de choix qu'un pis aller, et que c'est à une époque plus précoce de son évolution qu'il faut avec persévérance et méthode poursuivre l'abcès hépatique dont on soupçonne la formation. » C'est précisément à cette période de début que le diagnostic se présente avec toute sa difficulté, et l'on ne peut attendre de la radioscopie des signes positifs lorsque l'abcès est de petit volume, inclus à l'intérieur du parenchyme, dans un lobe gauche libre d'adhérences.

Mais le résultat négatif de la radioscopie lui-même semble pouvoir être utilisé pour le diagnostic ; dans l'observation de M. le Professeur agrégé Bonnet la mobilité du diaphragme fut considérée comme un signe plus en faveur, d'un abcès du foie, que d'une péritonite cloisonnée sous-diaphragmatique, secondaire à un ulcus perforé.

Les cas seront nombreux, sans doute, où l'on devra, sans diagnostic précis, porter du moins l'indication opératoire et la laparotomie exploratrice sera nécessaire pour établir le diagnostic d'abcès du lobe gauche, diagnostic qui, même le ventre ouvert, n'ira pas encore sans quelques difficultés, que nous signalerons au cours de notre étude thérapeutique.

CHAPITRE V

Traitement.

Le traitement des abcès du lobe gauche se présente avec des indications particulières suivant que l'abcès bombe à la paroi sous forme d'une voussure épigastrique diffuse, fluctuante au point culminant ou que l'abcès, diagnostiqué ou non, n'est pas perceptible à la palpation.

Lorsque une tuméfaction bombe à l'épigastre, *immobile* dans les mouvements respiratoires, le foie a toutes chances d'être fixé à la paroi par des adhérences. La ponction, l'incision place par place de la paroi, sur la ligne médiane, ou mieux, parallèle au rebord costal gauche, ont pu, dans des cas nombreux, donner issue au pus et amener la guérison.

Mais, le plus souvent, la tuméfaction apparaît *mobile* dans les mouvements respiratoires; ou bien, le lobe gauche déborde la paroi mobile, sans que la tuméfaction soit perceptible à la vue ni au toucher; ou même, rien ne traduit à l'examen l'abcès dont on soupçonne la présence dans le lobe gauche, en raison des phénomènes généraux

et des signes particuliers de localisation que nous avons décrits, et l'on doit s'attendre à trouver le foie libre d'adhérences. Il en est de même lorsque des accidents aigus conduisent à une laparotomie exploratrice, en l'absence de diagnostic précis.

La ponction, l'incision simple, ne sont donc, pour les abcès du lobe gauche, bien plus encore que pour les abcès du lobe droit, que des méthodes d'exception, acceptables seulement dans les cas où la tuméfaction est « à fleur de paroi ». Faure et Labey, discutant l'incision de Stromeier Little, se demandent si une des observations de Bertrand, n'est pas un cas de blessure de l'estomac. L'incision donna issue à du pus chocolat; il y eut, trois jours après, des vomissements de sang et de pus. L'autopsie n'a pas été faite. Bertrand attribue les vomissements à l'ouverture d'un deuxième abcès dans l'estomac.

C'est donc à *la laparotomie* que l'on a recours. Celle-ci, d'abord exploratrice, est ordinairement médiane, mais le chirurgien est souvent conduit, dans la recherche de l'abcès, ou dans le but de créer une voie d'abord ou de drainage convenable, à brancher sur l'incision médiane, une incision parallèle au rebord costal. La résection ou le relèvement du rebord costal, sur une étendue minime, s'impose parfois pour les mêmes raisons.

Le lobe gauche est libre d'adhérences, modifié dans sa forme ou dans sa coloration, mais parfois aussi d'apparence absolument normale.

Du moins, sa grande mobilité qui permet de l'attirer dans la plaie, l'amincissement de ses bords, la facilité qu'il y a d'explorer au toucher à la fois par la face convexe et la face inférieure la masse de ce lobe permettent-

ils, le plus souvent, de reconnaître un abcès du lobe gauche, même de petit volume. Dans l'observation n° 6 de M. le Professeur agrégé Bonnet où ces difficultés de recherches sont mises en évidence, l'abcès ne passa pas inaperçu.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et malgré la « mise à nu » du lobe gauche, des chirurgiens réputés ont méconnu des abcès qu'ils touchaient du doigt. Pour le malade de l'observation n° 10, Loison, « Après ouverture du péritoine non adhérent, on aperçoit le foie dont la surface est lisse et la coloration normale. J'explore avec l'index la face supérieure et la face inférieure du lobe gauche sans rien sentir de particulier. Deux ponctions exploratrices sont faites directement dans le lobe gauche; on ne ramène pas de pus. L'incision de la paroi est refermée par une suture en étage. » Douze jours après, le malade mourait; la vérification montra dans le lobe gauche un abcès gros comme un œuf de poule. Au cours d'une discussion à la Société de chirurgie de Paris, le 9 février 1898, Gérard Marchand relate une de ses observations absolument superposable à celle de Loison (laparotomie exploratrice négative chez une malade porteur d'un gros abcès du lobe gauche).

Mais, en règle générale, l'abcès du lobe gauche n'est pas méconnu au cours de la laparotomie et c'est là un des points particuliers de la chirurgie du lobe gauche qui méritait d'être mis en évidence.

Des difficultés nouvelles apparaissent lorsqu'il s'agit d'établir la protection du péritoine. Le cloisonnement aux compresses semble être la méthode de choix, dans les cas où le foie est peu augmenté de volume, car alors l'amar-

rage du foie aux lèvres de l'incision paraît être dangereux, parce qu'il oblige à attirer vers la paroi un lobe gauche mobile et susceptible de déchirer les points de suture. Cette fixation retrouve ses indications lorsque le lobe gauche est volumineux et l'abcès au contact de la paroi. Des circonstances particulières peuvent guider le chirurgien. C'est ainsi que Rosémond Malbot trouva chez le malade de l'observation n° 16 la capsule de Glisson soulevée et comme disséquée par une phlyctène séreuse qu'il incisa. Il se servit ensuite des deux lambaux, ainsi formés pour fixer son foie aux lèvres de la plaie abdominale.

Le cloisonnement aux compresses n'est d'ailleurs pas sans inconvénients. Pour être efficace, il doit être minutieux et nécessite l'introduction d'une certaine quantité de gaze, dont l'ablation secondaire peut être laborieuse par la tendance qu'ont les compresses à se souder à la capsule de Glisson. (Observ. n° 6.)

On pourrait être tenté, pour éviter de laisser à demeure les compresses de cloisonnement, de fermer purement et simplement l'abcès vidé de son contenu et traité à l'émétine. Mais on hésite en général à refermer, dans cette zone dangereuse du péritoine, un abcès dont on ne peut prévoir l'état de septicité.

Nous avons décrit ce mode d'ouverture des abcès du lobe gauche, car il est le seul dont soient justiciables les abcès du lobe gauche, non compliqués, qui n'ont presque jamais une évolution thoracique.

L'opération pourra comporter des temps complémentaires lorsque l'abcès ouvert dans le péritoine s'accompagnera de suppuration sous-phrénique.

L'ouverture dans le péricarde semble être une complication fatale au-dessus des ressources de la chirurgie.

Ce qu'il faut retenir, dans la thérapeutique des abcès du lobe gauche, c'est que les accidents spéciaux de migration imposent plus que pour le lobe droit une intervention précoce.

C'est aussi que l'absence d'adhérences oblige à pratiquer une protection minutieuse et délicate du péritoine, beaucoup plus difficile à réaliser que dans les abcès du lobe droit.

On est souvent conduit à laisser en place les compresses de cloisonnement, avec les inconvénients de l'ablation secondaire. A ce point de vue, lorsqu'il sera devenu possible, par l'injection d'émétine, ou d'autres procédés, de refermer sans danger les abcès du foie, c'est dans la chirurgie du lobe gauche que cette fermeture trouvera ses indications les plus formelles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION VII

Due à M. le Professeur agrégé Murard, cette observation, publiée dans la thèse de Dumont, doit être rapprochée de l'observ. VI, car, de même que l'observation inédite de M. le Professeur agrégé Bonnet, elle doit être classée dans le paragraphe que nous avons intitulé: « Forme soudaine ».

M.. Rose, 25 ans, lingère.

Entre, le 19 juin 1920, à l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur de la région épigastrique, très douloureuse. En 1912, à la suite d'une fausse couche, opérée à la Charité. Pfannenstiël, intervention conservatrice sur les annexes; trois ans de séjour en Argentine, mais jamais de dysenterie.

Après la syphilis il y a 6 ans et, depuis, suit un traitement régulier. Revenue d'Argentine depuis un an.

Maladie actuelle remonte à un mois. Après avoir, durant deux jours, souffert de troubles digestifs après les repas (ballonnements, pesanteur), le 18 mai, à 2 heures de l'après-midi, douleur assez brusque à l'épigastre, avec nausées. Depuis, troubles digestifs de plus en plus accusés, gêne au moment de la digestion, ballonnements, nausées sans vomissements. Appétit conservé. Il y a 11 jours, douleur augmentée, s'irradiant en ceinture; apparition d'une tuméfaction épigastrique. La température a été prise quelquefois : un soir,

frisson avec 39°. Hier soir, 38°; mais, le plus souvent, pas de température. Entre à l'hôpital parce que la douleur est très violente.

Examen : Malade maigre, pâle, peau sèche, couchée en chien de fusil sur le côté gauche. A l'abdomen, tuméfaction épigastrique du volume d'une tête de fœtus, tout entière au-dessus de l'ombilic, de forme arrondie, mobile avec les mouvements respiratoires. Cette masse douloureuse à la pression est située sur la ligne médiane et à gauche de la ligne médiane; elle ne déborde pas à droite. Elle est mate, sa matité se continue avec celle du foie. Espace de Traube sonore. Auscultation négative en avant et en arrière.

Intervention : Laparotomie médiane sus-ombilicale. Enorme foie; le sillon de la faux est très creusé et le lobe gauche forme une tumeur volumineuse. On protège par des compresses tout autour et on ponctionne ensuite le lobe gauche. Pus. On crève alors le lobe avec une pince de Kocher fermée, puis on écarte les mors et on introduit le doigt. Pus abondant de couleur gris sombre, avec des détritits sphacéliques. Cavité irrégulière, anfractueuse; il semble qu'il doit y avoir des diverticules purulents, car il n'y a qu'une cavité et il s'en échappe du pus en quantité, alors qu'elle semble vide. Ether dans la poche. Tampons d'écouvillonnage. Orifice amarré par ses lèvres à la paroi; quatre catguts. Un gros drain dans la poche. Fermeture de la paroi au-dessus et au-dessous, quelques crins sur les extrémités de la peau.

Examen du liquide prélevé au deuxième pansement, 22 juin. Examen direct : pas d'amibe, pas de microbe. En culture, après 24 heures d'étuve, staphylocoques.

Suites. Suppuration extrêmement abondante. Apparition de diarrhée, avec nouvelle poussée de température. Injection d'émétine. Amélioration rapide. On fait une série de quatre injections. Peu à peu, la plaie se ferme. Elle est à peu près guérie quand la malade quitte l'hôpital, le 27 juillet, en très bon état.

OBSERVATION VIII

(Forme soudaine. Tirée d'un article de M. Cotte, dans le *Lyon chirurgical*, mai-juin 1918)

H... Albert, Français, entre à l'hôpital temporaire n° 2, le 2 juillet 1917, atteint de fièvre continue. La maladie a débuté il y a 15 jours, par une douleur brusque et violente dans la région épigastrique. Les jours suivants, les douleurs continuent, avec moins d'acuité; la température est de 38°; pas de vomissements, diarrhée pendant 3 ou 4 jours; ni glaires, ni sang.

Le 10 juillet, on constate du côté de l'abdomen une tuméfaction globuleuse, soulevant les fausses côtes gauches. La zone de Traube est remplacée par une zone mate descendant jusqu'au voisinage de l'ombilic, limitée en dedans par la ligne médiane, en dehors par la ligne axillaire; fluctuation dans la partie saillante de la tumeur et douleur à la pression. Légers signes de pleurésie à la base gauche. Une ponction exploratrice, avec la seringue de Pravaz, donné issue à un liquide séro-hématique peu abondant.

Examen radiologique : Coupole diaphragmatique gauche sensiblement surélevée et dépassant la coupole droite. Mouvements très limités du diaphragme à gauche.

Le 12 juillet, la tumeur abdominale volumineuse, saillante, située tout entière dans l'hypochondre gauche, présente les caractères décrits ci-dessus.

Le 13 juillet, ouverture de l'abcès par une incision sous-costale gauche; un litre de pus jaunâtre est évacué; deux gros drains.

Guérison le 26 août 1917.

OBSERVATION IX

(Forme soudaine. Même origine que la précédente)

P... A..., 24 ans, Guadeloupéen, entre le 16 septembre 1917 à l'H. T. n° 2, venant de l'H. T. n° 4, où il était en traitement pour congestion pleuro-pulmonaire.

Antécédents : a eu la diarrhée sanglante, pendant sept à huit jours, dans la deuxième quinzaine d'août. Le 20 août, il ressentit subitement une douleur violente, à la région épigastrique, le matin en se levant. Le 29 août, on constata pour la première fois, dans la région épigastrique, une voussure et de la matité.

A son entrée le 16 septembre 1917, on trouve à la partie la plus élevée de la région épigastrique, à gauche de l'appendice xiphoïde, une tuméfaction peu saillante du volume d'une mandarine, mobile avec la respiration, de consistance ferme, peu douloureuse.

A la radioscopie, on note une augmentation de volume du foie, avec déformation de la face antérieure.

Jusqu'au 20 octobre, la température reste à 37°; le malade souffre peu, la tuméfaction épigastrique n'augmente pas. Le 22 octobre, température à 39°; le centre de la tumeur se ramollit et devient douloureux. Le 23, sur la table d'opération, on fait, au point ramolli, une ponction qui ramène une goutte de pus.

L'opération est immédiatement décidée. Incision à gauche de l'appendice xiphoïde, le long du rebord costal. Une grosse collection de pus rougeâtre est évacuée; curettage, drains. Emétine les 23, 24, 28 octobre.

Guérison le 4 novembre.

OBSERVATION X

(E. Loison. Les abcès du foie. *Revue de Chirurgie*, 1906, tome I, p. 251)

Un abcès du lobe gauche, grosseur (œuf de poule), avec ouverture dans la loge splénique. Pleurésie touchée à gauche. Six abcès dans le lobe droit.

A..., 11^e escadron du train, fut atteint de paludisme aigu en septembre 1890.

En mai 1891, il reste 21 jours à l'hôpital militaire de Tunis, et sort avec le diagnostic de fièvre typhoïde abortive.

23 août 1891. Nouvelle entrée à l'hôpital. La veille il a eu un violent accès de fièvre avec épistaxis, et point de côté gauche.

25 août. La température est élevée. Le malade dort assez bien la nuit, et n'a pas de céphalalgie. Pas de toux ; aucun phénomène anormal dans la poitrine.

Depuis quatre jours, il a cinq à six selles diarrhéïques dans les 24 heures. Sans mucus, ni sang. Le ventre est souple. La rate mesure 16 cm de hauteur.

Développement du réseau veineux sous-cutané du côté gauche. Le malade immobilise ce côté en respirant.

Il existe un peu de voussure de la région épigastrique. L'hypochondre droit n'est pas dilaté. Le foie mesure 10 cm. de hauteur à la percussion, en dedans de la ligne mamillaire droite. En dedans de la ligne mamillaire gauche, on perçoit une matité de 8 cm de hauteur paraissant dépendre d'une tuméfaction du lobe gauche du foie. Transversalement, la zone de matité hépatique se confond, sans ligne de démarcation, avec la matité splénique. A 2 cm en dehors de l'appendice xiphoïde, du côté gauche, on détermine, à la pression profonde, une douleur se continuant le long du rebord costal, sur une étendue de 6 cm ; le point douloureux maximum se trouve au milieu de la ligne d'insertion supérieure du muscle Grand droit. Il n'existe pas d'œdème de la paroi ; on ne perçoit pas de fluctuation.

26 août. La fièvre est tombée ce matin. Le malade a souffert toute la nuit d'irradiations douloureuses dans le côté droit s'étendant vers la région ombilicale.

27 août. La nuit, les douleurs sont revenues et se sont irradiées du côté de l'épaule gauche. La température est remontée à 39°2, matin et soir. La douleur à la pression persiste le long du rebord costal gauche.

Je pratique, sous le chloroforme, une incision exploratrice de 6 cm de longueur, commençant au côté droit de l'appendice xiphoïde et longeant le rebord costal gauche. Après ouverture du péritoine non adhérent, on aperçoit le foie dont la surface est lisse et la coloration normale. J'explore avec l'index la face supérieure et la face infé-

rière du lobe gauche, sans rien sentir de particulier. Deux ponctions exploratrices sont faites directement dans le lobe gauche; on ne ramène pas de pus. L'incision de la paroi est fermée par une suture en étages.

2 septembre. La fièvre oscille autour de 38° matin et soir. Pouls à 100; respiration à 40, sueurs abondantes. La diarrhée qui avait disparu, pendant quelques jours est revenue.

En examinant la poitrine, on découvre à la base gauche, une zone de matité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate. Mêmes signes à la base droite, ou toutefois la matité remonte un peu moins haut,

3 septembre. A eu depuis hier matin 17 selles diarrhéiques contenant en suspension quelques caillots sanguins.

La température, le pouls et la respiration présentent toujours les mêmes caractères.

Il existe une sensibilité très vive, à une pression superficielle au niveau des cinquièmes et sixièmes espaces intercostaux gauches, en avant.

Une ponction exploratrice pratiquée au septième espace intercostal gauche, sur la ligne axillaire postérieure, donne issue à du liquide séreux, un peu louche, de coloration jaunâtre.

Sous le chloroforme, on pratique séance tenante la pleurotomie au septième espace, sur la ligne axillaire et on évacue une assez grande quantité de liquide un peu louche. Le doigt introduit dans la plèvre sent le diaphragme refoulé vers le haut et remontant jusqu'au niveau de la quatrième côte en avant. Deux drains en caoutchouc sont placés dans la cavité pleurale.

5 septembre. La fièvre persiste et la diarrhée reste abondante. Petite eschare au sacrum. Les lèvres de la plaie de laparotomie se sont complètement désunies et l'on voit dans le fond le foie et l'intestin recouverts de quelques fausses membranes fibrineuses.

La plèvre gauche continue à fournir une grande quantité de sérosités dans le pansement.

La matité persistant à la base droite, nous pratiquons une ponction, avec le trocart de Potain, au dixième espace, en

arrière ; il s'écoule du pus crémeux, épais, de teinte un peu rouillée ; malgré l'aspiration, on ne peut en retirer que trente grammes environ.

Le pus vient-il de la plèvre ou du foie ? Dans le doute, craignant de produire un pneumothorax bilatéral, en pratiquant également l'empyème de ce côté nous nous abstenons d'inciser.

7 septembre, La veille, dans la soirée, le malade a rendu une selle constituée par environ 600 à 800 gr. de sang liquide.

Les symptômes généraux persistent et vont en s'aggravant.

L'hypochondre droit et l'hypochondre gauche sont dilatés ; les réseaux veineux sous-cutanés sont très apparents de chaque côté. Le ventre est saillant et tendu, dans la région ombilicale. Au niveau des régions hépatique et splénique, les espaces intercostaux sont agrandis, bombés et résistants.

Avec le trocart de l'appareil de Potain, nous ponctionnons au dixième espace droit, sur la ligne axillaire moyenne ; il sort du pus grumeleux, à caractère hépatique.

Immédiatement nous incisons au bistouri le dixième espace intercostal, traversons la plèvre oblitérée, incisons le diaphragme, arrivons dans la cavité péritonéale libre d'adhérences et ponctionnons le foie au bistouri. Il s'écoule un demi litre environ de pus verdâtre, grumeleux et mucoïde. Le doigt introduit dans la cavité de l'abcès se meut librement dans une vaste poche dont il n'atteint pas le fond. Drainage et large irrigation du foyer à l'eau boriquée.

Le malade se sent soulagé après l'opération.

8 septembre. A eu depuis hier matin 14 selles diarrhéïques, contenant du mucus et du sang.

Le pansement est imbibé de pus mucoïde et de bile.

9 septembre. Le malade s'affaiblit de plus en plus, il a eu 35 selles muco-sanguinolentes dans les 24 heures. Mort par collapsus dans la soirée.

Autopsie le 10 septembre. Cavité thoracique: liquide sero-purulent dans la plèvre droite. Voussure prononcée du diaphragme dont le dôme arrive jusqu'au niveau de la troisième côte en avant. La base du poumon droit, congestionnée et indurée, adhère au diaphragme.

La plèvre gauche contient du pus et des fausses membranes fibrineuses tapissant ses parois. Le poumon est adhérent par sa surface postéro-externe et sa base. Forte ascension du diaphragme qui remonte jusqu'au niveau de la quatrième côte. Un peu de splénisation du lobe inférieur gauche.

Rien de particulier du côté du péricarde et du cœur.

Cavité abdominale. Il n'y a pas de péritonite généralisée. Au niveau de l'incision de laparotomie seulement, il existe des adhérences fibrineuses, rattachant le péritoine pariétal à la face antérieure de l'estomac et du foie.

L'intestin grêle ne présente aucune lésion apparente.

La muqueuse du gros intestin, dans toute sa longueur, mais surtout au niveau du cœcum et du colon ascendant, est le siège de nombreuses ulcérations.

Les reins ne présentent rien de particulier.

La rate est aplatie ; elle mesure 14 cm de long, sur 8 cm de large. Elle baigne dans un foyer purulent, circonscrit par les adhérences et occupant la loge splénique ; elle est repoussée vers la ligne médiane et sa surface externe est tapissée par des fausses membranes fibrino-purulentes,

A la partie supérieure et antérieure de la loge splénique se trouve un orifice admettant l'index et conduisant dans un abcès de la pointe du lobe gauche du foie. Cet abcès s'est ouvert dans la loge splénique, et a donné lieu à la péricapsulite suppurée. Sur une coupe, le tissu de la rate est ferme, non friable, et présente une coloration ardoisée.

La face inférieure du foie présente quelques adhérences aux organes voisins, la face convexe se trouve unie au diaphragme par des lames fibreuses, circonscrivant quelques loges remplies de liquide séreux.

Dans le lobe gauche, il n'existe qu'un seul abcès déjà mentionné précédemment. Du volume d'un œuf de poule, situé à l'extrémité du lobe qu'il a rongé, il communique, par un trajet circonscrit par des fausses membranes, avec le foyer de suppuration péricapsulique. Le trajet de communication passe en avant de l'estomac.

Dans le lobe droit se rencontrent six abcès de grandeurs différentes. L'un occupe le bord postéro-supérieur du foie et adhère intimement au diaphragme qui est perforé à ce ni-

veau; il tendait à se vider par le poumon droit, dont la base adhère intimement au diaphragme. Deux petits foyers, gros comme une noix, siègent dans le bord droit du foie. A la partie inférieure de ce même bord droit, existe un autre foyer du volume d'un œuf d'oie : c'est celui qui a été incisé; il est vide de pus. Un abcès, de la grosseur d'un œuf de poule, situé dans le bord tranchant, fait saillie à la fois sur la face supérieure et sur la face inférieure de l'organe. Le dernier foyer, le plus considérable, proémine sur la partie moyenne de la face antérieure du lobe droit; il a un diamètre de 10 centimètres à sa base. Tous ces abcès font saillie à la surface de l'organe. Pour les ouvrir, on n'a qu'à traverser la capsule de Glisson un peu épaissie. Leur contenu est formé par du pus jaune verdâtre, mucoïde, avec quelques grumeaux constitués par des fragments de tissu hépatique nécrosé. La paroi, irrégulière et tomenteuse, semble composée par une membrane blanche, grisâtre, de un à deux millimètres d'épaisseur, en contact par sa surface externe avec les travées hépatiques aplaties et condensées.

A la coupe de l'organe, on ne trouve aucun abcès central. Le parenchyme hépatique paraît dégénéré dans sa totalité; c'est un granité à points bruns noirâtres (constitué par les vaisseaux) sur fond couleur feuille morte. Le tissu paraît moins friable que normalement.

OBSERVATION XI

(Publiée par M. le Professeur Chauvel. Thèse de Grémillon, Paris, 1889.)

Malade porteur de deux abcès, le plus volumineux situé dans le lobe gauche. Péricardite par propagation. Mort.

D... a contracté la dysenterie et la fièvre rémittente au Tonkin; il entre à l'hôpital du Gros-Caillou le 28 septembre 1888.

Cachexie, diarrhée bilieuse, ténésme anal et vésical, hypertrophie de la rate, mais pas du foie. Température 40 le soir, 38 le matin.

Le 25 novembre, le foie a grossi, mais reste indolent. La fièvre devient continue. Douleurs péri-ombilicales. Sueurs abondantes. Grande faiblesse. Épanchement péricardique léger.

Le 28, le foie déborde de deux travers de doigt et on constate un œdème de la paroi thoracique antérieure.

Le 29, le pouls est misérable, la respiration haletante. Ponction au-dessous du rebord des côtes. Issue de quelques grammes de pus chocolat; la température tombe à 36°5.

Le 30, incision de 12 centimètres, ayant pour centre l'appendice xiphoïde, pratiquée à un centimètre du rebord des côtes. On divise couche par couche; et on rencontre sur le péritoine un paquet graisseux qu'on excise en partie. Issue de 300 grammes de pus et de détritits hépatiques. Lavages phéniqués. Deux pansements par jour.

Du 1^{er} au 4 septembre, la température reste à 36°8. Agitation; douleurs et crampes dans les cuisses. Le jour de la mort 40°. Adynamie profonde.

Autopsie. Péricardite par propagation, avec épanchement de 500 grammes. Le foyer qui occupe le lobe gauche mesure 12 centimètres de diamètre, ses parois anfractueuses sont très minces et recouvertes d'une matière granuleuse. L'incision apparaît sur la face concave, à un centimètre du bord libre.

Très rapproché du foyer, on trouve dans le lobe droit un abcès de la grosseur d'une noix.

Pas de traces d'inflammation du péritoine. Quelques infarctus du rein. Hypertrophie considérable de la rate.

Le gros intestin est épaissi de plus d'un centimètre et présente, à côté de plaques cicatricielles lisses et nacrées, les ulcérations isolées, arrondies de la dysenterie, plus nombreuses aux environs de la valvule iléo-cœcale.

OBSERVATION XII

(E. Boinet. Communication à l'Académie de médecine.

Séance du 29 juin 1909.)

Abcès dysentérique nostras, avec adhérences à l'estomac.

Ce malade, alcoolique, n'ayant jamais quitté la France, entre à l'Hôtel-Dieu dans une adynamie profonde, avec diarrhée, ictère, poussées de fièvre rémittente oscillant entre 38° et 38°5, douleur et tuméfaction du foie et de la rate. Après une amélioration de courte durée, l'état s'aggrave, l'ictère s'accroît, la cachexie et les phénomènes pyémiques augmentent et la mort arrive.

A l'autopsie, le foie, qui pèse 2.250 grammes, est le siège de deux abcès, à pus crémeux, louable, dont l'un mesurant 5 centimètres sur 4, se trouve à la partie supérieure et antérieure, près du bord gauche du foie, tandis que l'autre occupe la portion inférieure du lobe gauche sur laquelle il fait saillie. Le foie est très adhérent à l'estomac, dans lequel un de ces abcès avait tendance à s'ouvrir.

La muqueuse du gros intestin est atteinte de lésions dysentériques et des ulcérations à bords serpiginieux sont disséminées sur la muqueuse cœcale,

La rate, volumineuse, pèse 500 grammes et adhère à l'estomac.

OBSERVATION XIII

(Boinet, *Marseille médical*, 1892, p. 472.)

Abcès du lobe gauche du foie, faisant saillie à l'épigastre, large incision. Guérison probable.

Au mois de juin 1887, pendant notre séjour à Than-Moï, un coolie, employé au service du ravitaillement de Langson, atteint à plusieurs reprises de dysenterie grave, se plaint de vives douleurs abdominales et nous montre une tumeur hémisphérique, régulière, fluctuante, du volume d'une pomme,

occupant le creux épigastrique. Elle fait une forte saillie à gauche de la ligne blanche. Le siège, la palpation, la percussion de cette tumeur, le signe de Sach, nous font admettre le diagnostic d'abcès du lobe gauche du foie. (Ce siège est relativement rare, puisque Rouis ne le signale que trois fois sur 156 cas. D'après le Dr Bellot (loc. cit.), la proportion établie sur 600 cas serait 28 %.)

La coloration de la peau est normale; il existe un léger empâtement à ce niveau; une ponction exploratrice donne issue à un pus jaune, ayant l'odeur bien connue de bouillon concentré. Les oscillations de l'aiguille pendant les mouvements respiratoires établissent le diagnostic d'abcès du foie avec de fortes adhérences péritonéales. L'état général est assez bon, la langue est humide, chargée; il n'existe qu'un léger mouvement fébrile. Nous pratiquons immédiatement sur ce point élevé de la tumeur, une incision de trois travers de doigt, par laquelle s'échappe un flot de pus, jaune, louable, strié de sang, à odeur fade. Cette incision a une direction transversale; les tissus sont sectionnés couche par couche, et nous tombons sur des adhérences péritonéales très solides. Nous introduisons, dans la cavité de l'abcès, trois drains de huit millimètres de diamètre, placés côte à côte, et disposés en flûte de Pan. Nous faisons immédiatement un lavage complet et assez prolongé avec une solution tiède de sublimé. Nous appliquons un pansement antiseptique; le malade prend un gramme de quinine, la température ne dépasse pas 37°5.

Le lendemain (11 juillet 1887), la langue est blanche, chargée, humide; la température est à 37°2; le nombre de pulsations 80.

Les 12, 13, 14 et 15 juillet, l'état général est très satisfaisant. On fait quatre lavages au sublimé par jour, avec un dispositif assez sommaire et suffisamment pratique. Nous nous servons d'une bouteille ordinaire contenant le liquide antiseptique et suspendue à 2 mètres au-dessus du malade. Un long tube établit la communication avec les drains, et la poche de l'abcès est lavée avec une pression suffisante, sans crainte de rupture des adhérences, qui sont habituellement assez résistantes en pareil cas.

Le 17, cet Annamite a un peu de fièvre; ses selles sont sanguinolentes; elles conservent ces caractères les jours suivants.

Malgré cette rechute de dysenterie, l'état général est assez bon. Le 20, la température est normale; la plaie bourgeonne. Ce coolie s'esquive, pendant la nuit, sans nous avertir; nous n'avons pu savoir ce qu'il est devenu. Cependant, la guérison nous paraît probable.

OBSERVATION XIV

(F. Loison. *Revue de Chirurgie*, 1906, tome I, p. 242)

Abcès multiples : un du lobe droit, deux du lobe gauche découverts et opérés successivement. Nouveaux abcès ultérieurs.

S..., officier du corps de santé, a une première atteinte de dysenterie aiguë en août 1892. Première rechute en octobre 1892 et seconde en avril 1893. Vers la fin du mois d'avril, des accès de fièvre quotidiens surviennent et un point douloureux s'accuse au niveau de l'hypochondre droit.

Le 24 mai, dans la soirée, le malade est pris subitement de douleurs dans l'hypochondre droit avec irradiations dans la moitié droite de l'abdomen. Il entre à l'hôpital de sa garnison où on le traite par les ventouses, les pointes de feu, etc. Sous l'influence de la révulsion, les douleurs deviennent moins vives et se localisent davantage, en même temps qu'apparaissent de la voussure et de l'empâtement au niveau de la région épigastrique.

Le malade, embarqué pour la France, le 9 juin, est débarqué à l'escale de Tunis et entre à l'hôpital militaire du Belvédère.

12 juin. Anémie et amaigrissement très prononcés. Léger œdème du membre inférieur droit. Toux sèche et fréquente. Température: 38°2.

Une forte voussure occupe tout l'hypochondre droit et la région épigastrique, sans rougeur de la peau. Sensibilité à

la pression, particulièrement vive au-dessous du rebord costal droit; empâtement du tissu cellulaire sous-cutané; pas de fluctuation évidente.

La matité hépatique déborde, en avant, le rebord costal, de cinq travers de doigt, et s'étend transversalement jusqu'à l'hypochondre gauche. En arrière, à la base droite, la matité remonte jusqu'à l'angle de l'omoplate, et la respiration ne s'entend pas dans cette zone.

Une ponction exploratrice, pratiquée immédiatement au-dessous du rebord costal droit, sous la ligne mamillaire, ramène du pus rougeâtre. Sur le champ, la paroi abdominale est incisée couche par couche, parallèlement au rebord des fausses côtes droites, sur une longueur de dix centimètres, et la poche est ouverte à travers le péritoine complètement adhérent. Il sort une grande quantité de pus rougeâtre, séreux, contenant en suspension des grumeaux blanchâtres et des détritüs hépatiques; à la fin, il s'écoule du pus mucoïde jaunâtre. Le doigt explore une vaste poche qui n'est séparée du diaphragme en haut et de la paroi thoracique en dehors que par une mince couche de tissu hépatique.

La cavité est largement irriguée à l'eau boriquée; deux drains en caoutchouc y sont plongés; puis un épais pansement sec est appliqué.

14 juin. L'empâtement de la région épigastrique est moins étendu. La toux a diminué de fréquence et la respiration s'entend dans toute la hauteur du poumon droit en arrière.

On renouvelle le pansement tous les matins et l'on irrigue chaque fois la cavité à l'eau boriquée.

La température va osciller autour de 39° matin et soir, jusqu'au 19 juin; puis, la fièvre prendra le type rémittent, avec 37 le matin et 39 environ le soir, jusqu'au 9 juillet; à partir de ce moment seulement, l'apyrexie sera complète.

Du 17 au 21 juin, le malade eut tous les jours un ou plusieurs vomissements alimentaires qui le fatiguèrent beaucoup; le ventre resta souple, non douloureux. Après l'opération jusqu'au jour de la sortie de l'hôpital, les selles furent le plus généralement diarrhéïques, fréquentes; du 25 juillet au 11 août, on en comptera de dix jusqu'à vingt par 24 heures; elles

contenaient de temps en temps un peu de mucus et s'accompagnaient d'épreintes et de ténésme. La toux sèche et quinteuse disparut dans les premiers jours de juillet.

25 juin. On prolonge vers l'appendice xiphoïde l'extrémité supérieure de l'incision et on ouvre, lave et draine un nouvel abcès, du volume d'un petit œuf de poule, situé dans le lobe gauche du foie. A la suite de cette intervention, le lobe gauche qui était resté tuméfié, diminue de volume.

6 juillet. On prolonge à nouveau l'incision jusqu'à un centimètre au-delà de la ligne médiane, et l'on incise la paroi antérieure d'une poche purulente, anfractueuse, qui paraît occuper la plus grande partie du lobe gauche du foie.

Ce n'est que dans la seconde moitié de juillet que les lèvres de l'incision commencent à bien bourgeonner, en même temps que la suppuration fournie par les divers foyers devient moins abondante et que le pus phlegmoneux s'est substitué définitivement au pus mucoïde.

11 août. Le malade rentre en France. La plaie opératoire granule bien, mais est complètement cicatrisée.

Nous eûmes occasion de le revoir en novembre 1893; il avait récupéré ses forces et une partie de son embonpoint, mais portait, au niveau de l'incision opératoire, une éventration assez prononcée qui nécessitait le port d'un bandage spécial.

Dans le courant de l'été 1894, pendant une saison à Vichy, il fut repris de fièvre et l'on dut intervenir pour ouvrir un nouvel abcès hépatique.

Le sujet conservait un certain degré de débilité et ne pouvait accomplir qu'un service peu fatigant, lorsque deux ans plus tard, il fut atteint de nouveaux accidents qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 2 juin 1896. Un nouveau foyer purulent hépatique fut ouvert et la mort eut lieu le 30 juillet, par épuisement.

OBSERVATION XV

(Masini et Dugas. *Marseille médical*, 1911, p. 39)

Abcès du lobe gauche. Une laparotomie exploratrice fait porter le diagnostic d'anévrisme de l'aorte abdominale. Intervention. Guérison.

L. D., 28 ans, commis à la trésorerie de Saïgon depuis 6 ans; souffre de dyspepsie depuis bientôt 2 ans; aucune maladie antérieure, sauf une légère fièvre muqueuse dans son enfance. Ethylique; fume trois paquets de tabac par jour et avale la fumée.

Il y a un an, il a eu une congestion du foie, avec un léger ictère, consécutive à une attaque de dysenterie; sa congestion du foie s'est amendée, mais la dysenterie persiste et, même actuellement, il a des selles glaireuses sanguinolentes.

Il y a six mois, il a été pris d'un point hépatique assez violent, avec douleur irradiée à l'épaule droite, dysenterie et forte température, s'élevant à 40° par oscillations. Soumis au repos, au régime lacté absolu, au calomel, aux lavements amidonnés, la douleur et la fièvre se sont calmées pour une dizaine de jours; mais il a recommencé à souffrir et s'est fait admettre à l'hôpital de Saïgon. Les médecins traitants lui ont fait une laparotomie exploratrice le 1^{er} août de cette année. Ils ont constaté une tumeur dure, pulsatile, siégeant dans l'hypochondre gauche; pensant à un anévrisme de l'aorte abdominale, ils ont refermé le ventre.

Nous l'avons vu à Marseille le 11 octobre dernier, et voici ce que nous avons constaté :

Etat général très bas, cachectique; température vespérale: 38°5; dysenterie, inappétence complète, teinte subictérique.

A l'examen du foie, nous constatons que le lobe droit ne dépasse guère le rebord des fausses côtes et n'est pas douloureux; mais, en revanche, le lobe gauche semble hypertrophié, il occupe tout l'hypochondre gauche, douloureux à la palpation. Ayant écarté toute idée d'anévrisme de l'aorte abdominale, nous avons posé le diagnostic d'abcès du foie et nous sommes intervenus le 14 octobre.

Incision de Kehr renversée (procédé Imbert-Marini); à l'ouverture du péritoine, nous tombons sur un volumineux abcès occupant le lobe gauche du foie. Le pus était de couleur lie de vin, un litre environ, inodore, peu fluide, contenant de nombreux détritüs hépatiques. Après avoir nettoyé à fond, nous avons soigneusement exploré la poche et nous avons pu ainsi ouvrir deux autres petits abcès indépendants du premier. Grand lavage de la poche à l'eau oxygénée pure, suivi d'un écouvillonnage prudent. Deux gros drains et mèches, le tout laissé largement ouvert, après avoir mis deux points de suture à chaque extrémité de l'incision.

Les suites ont été tout à fait normales; les drains ont été enlevés le quatrième jour. La cicatrisation de cette énorme brèche a marché à pas de géant et, le 29 octobre, le malade a pu quitter la maison de santé de Provence, avec une toute petite plaie, superficielle, qui est parfaitement cicatrisée à la date d'aujourd'hui.

Ce malade a été soumis, pendant tout ce temps, au régime lacto hydrique, au benzonaphtol et au calomel à doses fractionnées; ses selles qui étaient dysentériques au début, prennent maintenant une certaine consistance et on n'y constate plus que quelques gouttes de sang.

Nous insisterons sur deux points qui nous paraissent intéressants.

Tout d'abord les difficultés du diagnostic même avec les pièces en mains. Les abcès du foie ont parfois un développement très silencieux et comme nous le voyons dans l'observation ci-dessus, la laparotomie exploratrice peut être insuffisante et ne pas donner une certitude. Nous nous sommes demandé si une incision exploratrice du tissu hépatique n'aurait pas été indiquée lors de la première laparotomie. Il est probable qu'une incision précoce et prudente faite dans le foie eut permis de découvrir le foyer qui devait à ce moment commencer à se former. En tout cas il nous semble que dans le cas où l'incision exploratrice eut paru trop hardie, l'exploration faite avec le doigt introduit dans le tissu hépatique aurait peut être pu orienter les recherches vers le point de suppuration sans crainte d'une hémorragie trop abondante.

Au point de vue du traitement, nous nous sommes bien trouvés d'avoir comme Zancarol le conseil, complété le nettoyage de la poche au moyen de tampons et de compresses montés sur une pince et promenés sur la paroi de l'abcès. Le lavage à l'eau oxygénée nous a paru indiqué, d'autant plus que la poche étant limitée par des adhérences à la paroi et que nous ne courions aucun risque de faire diffuser le pus dans le péritoine.

Nous n'avons pas osé suivre la méthode de Fontan et curetter la paroi de la poche, dans la crainte que cette manœuvre ne déterminât au niveau de ce tissu friable, constituant la paroi de l'abcès une hémorragie fort grave ou une fistule biliaire. D'ailleurs cette sorte d'écouvillonnage à la gaze a entraîné une grande abondance de détritux pulpeux et adhérents et le doigt introduit dans la poche purulente après le nettoyage, nous a permis de constater que la paroi était libre et ne présentait plus de ces sortes de fongosités dont l'élimination eut été sûrement fort longue. La guérison rapide a d'ailleurs justifié notre conduite puisque, opéré le 14 octobre, le malade a pu, le 29 octobre quitter la maison de santé.

OBSERVATION XVI

(Publiée par M. Rozémond-Malbot, médecin-major de 11^e classe. Reproduite dans la thèse de Greuillou, Paris, 1889).

Abcès du lobe gauche, ponctionné et opéré. Guérison.

P., 31 ans, terrassier, né à Philippeville, entre à l'hôpital militaire de cette ville, salle n° 26, le 8 juin 1888, après la contre visite.

Depuis 1880 est atteint de fièvre intermittente contractée à Saint-Charles. Elle cède au sulfate de quinine. Pas de dysenterie ni de diarrhée antérieures.

En 1886 a déjà été soigné à Bône pour un abcès du foie qui a duré quatre mois, et s'est ouvert spontanément à l'extérieur. La cicatrice ombiliquée se voit à droite sur la ligne axillaire, dans le neuvième espace intercostal.

Depuis quinze jours, P. ressent des douleurs sourdes dans l'hypochondre droit, qui s'exaspèrent à la pression des vêtements.

Au dessous du rebord des fausses côtes, à droite près de la ligne médiane, voussure large comme la paume de la main et douloureuse à la pression. A ce niveau la matité hépatique est accrue de quatre travers de doigt.

C'est un abcès du lobe gauche.

L'appétit est diminué. Constipation.

Le 16 juin. Le malade est chloroformé jusqu'à la résolution la plus complète. Un aide applique doucement ses deux mains au-dessous de la région hépatique, pour maintenir la paroi abdominale en contact avec la surface du foie. L'opération est pratiquée à deux travers de doigt au-dessous des côtes et prenant pour centre la ponction que j'avais déjà pratiquée, je fais une incision horizontale de huit centimètres de long ; puis, coupant couche par couche, j'arrive sur le feuillet pariétal du péritoine après avoir sectionné entre deux ligatures une artère grosse comme un stylet de trousse. La plaie est tout à fait exsangue. La séreuse est mobile sans la moindre adhérence ; elle est excisée à son tour et la surface du foie apparaît au fond de la plaie. Dès que la pression des mains de l'aide sur l'abdomen diminue, la glande est animée de lents mouvements respiratoires, et d'une amplitude assez grande car le malade respire largement. La capsule de Glisson n'adhère pas à la glande ; mais elle en est séparée par une exsudation séreuse ; la pointe du bistouri ouvre cette sorte de phytène donnant issue à deux cuillerées environ de sérosité limpide de couleur citrine, puis pénètre dans la cavité de l'abcès, après avoir traversé une assez grande épaisseur de tissu sain ; la plaie hépatique est agrandie jusqu'aux dimensions de la plaie cutanée. Elle donne issue à 600 gr. environ de pus épais blanc verdâtre, mélangé de détritüs hépatiques plus ou moins consistants. Le doigt a quelque peine à pénétrer dans la cavité de l'abcès, à cause de l'étroitesse du chemin, et de la résistance du tissu hépatique ; on constate alors, que la température y est notabiement plus élevée que dans la paroi abdominale, et que la cloison hépatique interposée à deux

bons travers de doigt d'épaisseur. On fait de nombreuses injections d'eau phéniquée à 1/100 dans l'intérieur de l'abcès jusqu'à ce que l'eau sorte limpide. Les manœuvres d'exploration et d'irrigation ont bien vite agrandi le trajet intra-hépatique ; et maintenant la cavité communique largement avec l'extérieur. Mais le chemin qui conduit le pus au dehors se trouve en réalité composé de deux parties : l'une creusée à travers la paroi abdominale est immobile, tandis que l'autre qui traverse le foie suit tous les déplacements de cet organe et le parallélisme de ces différents plans étant de ce fait souvent interrompu, le pus peut malgré les drains qu'on se propose de mettre, s'insinuer en avant vers le péritoine, puisque la route vers l'extérieur lui est coupée. Pour obvier à cet inconvénient, je prends les deux lambeaux de la capsule fibreuse, que l'exsudat dont j'ai déjà parlé semble avoir disséqué tout exprès ; et les ramenant vers l'extérieur, je les fixe, chacun par deux points de suture au catgut, aux lèvres de la plaie abdominale. Cette sorte de canal fibreux malgré sa minceur me semble un obstacle suffisant à la pénétration du pus dans le péritoine ; et par la mobilité de sa partie profonde il assurera la communication constante du foyer de l'abcès avec l'extérieur. On introduit en outre deux gros tubes à drainage dans la cavité ; ils sont coupés au ras de la peau et fixés à chacun des angles de la plaie. On saupoudre d'iodoforme et l'on applique le pansement de Lister.

Les suites de l'opération sont extrêmement simples : à aucun moment le malade n'a de fièvre ; le 12 juillet la plaie est complètement comblée et les bourgeons charnus sont à fleur de peau ; le 27 juillet la plaie est cicatrisée.

La matité hépatique est toujours augmentée au niveau du lobe gauche. Elle dépasse les fausses côtes de 4 centimètres. Une constipation opiniâtre persiste.

OBSERVATION XVII

(Chauffard et Françon, *Bull. de la Société Méd. des hôpitaux de Paris*, séance du 11 juillet 1919).

Abcès amibien du lobe gauche du foie guéri par l'émétine sans opération.

M... Marcel, 25 ans, garçon de café, entre le 13 mai 1919 à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, pour une affection douloureuse et fébrile de l'hypochondre droit apparue 5 jours avant.

Antécédents. — Pas d'éthylisme, aucun antécédent ni stigmate spécifique. Pas de séjour aux colonies. En 1918 le malade est en contact à Maison-Alfort avec des noirs du 24^e colonial ; en juin, juillet, août 1918, il a une dysenterie typique. Pas d'examen de selles ; traitement par opium et bismuth, pas d'émétine. Le malade guérit et pendant plusieurs mois est en parfaite santé.

En avril 1919, sans raison apparente, le malade éprouve brusquement des douleurs très vives dans le côté droit. Cette crise ne s'accompagne pas de fièvre, ni de manifestations intestinales et cède spontanément au bout de deux jours.

Histoire de la maladie. — Le 8 mai, le malade est pris brusquement d'une douleur très violente à l'hypochondre droit, à l'épigastre et à l'épaule droite. Cette douleur atteint un si haut degré qu'elle lui arrache des cris, elle conserve toute son acuité première sauf à l'épaule où elle s'atténue au bout d'une demi-journée. En même temps apparaissent de la température 39°5 et des sueurs très abondantes.

A son entrée le 13 mai, le malade accuse encore une vive souffrance, les traits sont tirés, le teint terreux, le facies exprime la douleur et l'anxiété.

A la base thoracique droite, voussure légère et immobilité respiratoire, la palpation révèle un point douloureux très limité à deux travers de doigt en dedans de l'extrémité antérieure de la dixième côte et une contracture très marquée du muscle Grand droit. A la percussion, foie peu augmenté

de volume ; sur la ligne parasternale droite ; il déborde de deux travers de doigt, et sa matité verticale, mesure 14 cm. Pas de frottements péritonéaux. La pression du phrénique droit entre les deux chefs du sterno-mastoïdien est douloureux. Les selles sont d'aspect normal : la recherche des amibes et des kystes est et restera négative. Au rectoscope muqueuse rectale congestionnée, sans ulcérations ; cet examen pratiqué dans le service de M. Bensaude ne permet pas d'affirmer s'il y a ou non dysenterie. Cœur, poumons, rate normaux. La température est à 38°5, le pouls à 100, la tension artérielle à 12-6, au Pachon. Urines : 1 litre, pas d'albumine. Poids : 54 kilogs.

Du 13 au 16 mai, le malade est traité par des applications chaudes sur le foie : pas de changement, la fièvre se maintient à 38°, 38°5. Il existe une dyspnée légère, 25 respirations à la minute.

Un examen du sang pratiqué le 16 mai donne :

R. W. ++- ; hémoglobine 80 0/0 ; temps de coagulation 9 minutes ; hématies 5.280.000 ; leucocytes 11,400 ; polynucléaires 76,5 ; Eosinophiles 2,5 ; grands monos 3 ; moyens monos 11 ; lymphocytes 3,5 ; formes de transition 3 ; formes d'hystolise 0,5.

Aux rayons X, le diaphragme a conservé sa forme normale, mais son jeu est très limité à droite et à gauche. L'estomac est fortement dévié à gauche par une masse correspondant à la région douloureuse, qui paraît être le lobe gauche du foie hypertrophié.

Le 17 mai, ponction exploratrice au point douloureux épigastrique à 6 cm de profondeur, l'aiguille retire 3 cmc de pus, de teinte racahout, d'aspect un peu grumeleux. Il est stérile bactériologiquement, mais on parvient à mettre en évidence une amibe du genre *hystolitica*. Le pus est formé de débris méconnaissables mêlés à des hématies et à des polynucléaires altérés : il donne les réactions du glucose. Le traitement émétino-arsénical est aussitôt institué. Le malade reçoit quotidiennement 8 cgr d'émétine du 17 au 24 mai, 6 cgr du 8 au 15 juin. On lui fait en outre 5 piqûres de 914, la première à 0.15 le 27 mai, les suivantes à 0.30, les 4, 11, 17 et 24 juin.

Dès la première piqûre d'émétine, la température et la dyspnée disparaissent, la douleur est très réduite, le facies transformé, le malade réclame une alimentation plus substantielle ; le 22 mai, il ne persiste plus qu'une douleur obtuse à l'occasion des mouvements brusques et une très légère saillie épigastrique ; il n'existe plus de défense musculaire, la matité hépatique verticale mesure 12 cm sur la ligne parasternale droite. Le 29 mai, l'examen du sang donne :

R. W. négative ; leucocytes 9.300 ; polynucléaires 69,5 ; eosinophiles 2.

L'amélioration se poursuit régulièrement. Le 1^{er} juin le foie a repris son volume normal, la voussure épigastrique est effacée. A dater du 7 juin le malade n'accuse plus de douleur même profonde.

Aux examens radioscopiques successifs (26 mai, 2, 11 et 24 juin), on voit le foie réduire progressivement son volume ; le 21 juin l'estomac a repris sa situation normale, le jeu diaphragmatique est encore un peu limité. Le malade s'alimente comme tout le monde et gagne 3 kil. 700 en un mois. L'émétine est très bien tolérée. La tension artérielle est 16-8, le 9 juin. Une dernière prise de sang pratiquée le 24 juin donne :

Leucocytes 10.500 ; polynucléaires 78,5 ; eosinophiles 5.

CONCLUSIONS

Les abcès amibiens du lobe gauche du foie, confondus, en général, dans une description commune avec les abcès du lobe droit, méritent d'être individualisés.

Ils sont cinq fois plus rares que les abcès du lobe droit.

Tandis que les abcès du lobe droit ont une évolution thoracique, les abcès du lobe gauche ont tendance à venir s'ouvrir à la paroi abdominale, à l'épigastre et sous le rebord costal gauche.

Mais cette évolution, la plus favorable, est peu fréquente, car les accidents de migration ouvrent l'abcès dans le péricarde, dans l'estomac, dans la loge splénique. Par contre, l'ouverture à la paroi thoracique, dans la plèvre ou le poumon est exceptionnelle.

Cliniquement, l'abcès du lobe gauche se distingue par :

La douleur plus vive, à siège épigastrique ;

L'importance des manifestations gastriques ;

L'existence d'un épanchement de la base gauche.

A côté des formes habituelles, on peut observer, correspondant à un petit abcès central, collecté, du lobe gauche, des formes dramatiques, caractérisées par l'intensité de la douleur, l'importance des manifestations gastriques, et qui simulent la perforation d'ulcus de l'estomac.

Le diagnostic des abcès du lobe gauche est particulièrement difficile et ces abcès sont souvent cliniquement méconnus.

La ponction est dangereuse dans tous les cas où l'abcès ne bombe pas à l'épigastre.

La radioscopie peut donner des renseignements utilisables.

Les indications de la ponction ou de l'incision simple sont limitées aux abcès qui bombent à l'épigastre, immobiles avec la respiration.

Le plus souvent, l'incertitude du diagnostic impose la laparotomie exploratrice.

L'exploration du lobe gauche est alors facile. Le lobe gauche, petit et mobile, peut être exploré en entier et les abcès sont rarement méconnus à la palpation du lobe.

Mais la protection du péritoine est un temps délicat de l'exploration. Elle nécessite un cloisonnement à l'aide de compresses, car l'amarrage à la paroi est dangereux du fait de la mobilité du lobe gauche.

Ce cloisonnement est d'une ablation difficile et il y a lieu de croire que lorsqu'il sera possible de refermer sans drainage les abcès du foie, c'est dans la chirurgie du lobe gauche que cette méthode trouvera ses principales indications.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 16 Mai 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BEHIER. — Clinique de l'Hôtel-Dieu. *Gazette des Hôpitaux*, 5 et 7 octobre 1869.
- BOINET E. — Absès du foie au Tonkin. *Marseille Médical*, 1892.
- BOINET E. — Absès du foie dysentériques nostras. Communication à l'Académie de Médecine, 29 juin 1909.
- CHAUFFARD. — Diagnostic des absès dysentériques de la convexité du foie. Rapport à l'Académie de Médecine du 5 mai 1908, sur un travail de M. Mercano.
- CHAUFFARD et FRANÇON. — Absès amibien du foie guéri par l'émétine sans opération. Communication à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (11 juillet 1919).
- COLANERI J. — Etude critique des signes radiologiques des absès du foie. *Journal de radiologie*, octobre 1919.
- COROLLEUR. — Trois absès du foie ouverts dans le péricarde. *Archives de Médecine navale*, 1908, tome XC, p. 448.
- COTTE et CHIFOLIAU. — Absès du foie en Macédoine. *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1918.
- DUMONT Georges. — Sur les absès amibiens du foie. *Thèse de Lyon*, 1921.
- FAURE et LABEY. — Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires (*Nouveau traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet).

FRANÇON. — Les hépatites abortives. *Thèse de Paris* 1919.

GREMILLON Henry. — *Thèse de Paris*, 1889.

LEBLOND Victor. — Diagnostic et traitement des abcès du foie. *Thèse de Paris*, 1892.

LEGRAND (Alexandrie). — Congrès international de Chirurgie, 1908, p. 499.

LENORMAND Ch. — Rapport sur 22 observations d'abcès du foie. Leur traitement par l'émétine par M. Hartmann-Keppel. *Société de Chirurgie*, 7 février 1923.

LOISON. — Les abcès du foie. *Revue de Chirurgie*, 1906, tome I.

MARCHAND G. — Discussion sur les abcès du foie. *Société de Chirurgie de Paris*, 9 février 1898.

MASINI et DUGAS. — Une observation d'abcès du lobe gauche pris pour un anévrysme. *Marseille Médical*, 1911, p. 39.

OKINTCHEVITCH. — Abcès du foie au cours de la dysenterie. Résumé in *Journal de Chirurgie*, 1920, 2^e vol., p. 79.

RENDU. — Dictionnaire encyclopédique, tome III, article foie

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	7
Chapitre premier. — Etiologie et Pathogénie ...	9
Chapitre II. — Particularités anatomiques	11
Chapitre III. — Particularités cliniques	15
Chapitre IV. — Diagnostic	31
Chapitre V. — Traitement	37
Observations	43
Conclusions	67
Bibliographie.....	69
